

Sistema de tránsito del área de Charlotte

Certificado de discapacidad

Instrucciones para el solicitante:

Completar la parte superior de este formulario. Tienen su médico complete la parte inferior y volveral centro de transporte junto con su identificación estatal o licencia de conducir. El costo para la identificaciónla tarjeta es \$1,00. Esta tarjeta de identificación le permitirá montar sistema de tránsito del área de Charlotte por un reducido tarifa.

Nombre ____ Fecha de Birth____ / ____ / ____
(Último) (primera) (medio) Mes fecha año

Dirección ____ Apt. ____
Ciudad Postal ____

Certifico que toda la información arriba es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en usar la tarjeta de identificación emitida bajo Este programa para los fines previstos.

Firma fecha ____

Instrucciones para el médico:

Si el paciente cumple los criterios descritos a continuación, completar la parte inferior del formulario.

Certificación del médico

Certifico que el individuo nombrado arriba tiene una discapacidad permanente o temporal. El esperado duración de la discapacidad es:

Permanente ____ temporal expiración Date____ / ____ / ____
Mes fecha año

Firma ____ del médico
Nombre (mecanografiado o impreso) ____ del médico
Dirección ____ médico
Agencia (si procede) ____